



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Haavanhoito-ohjeistuksen malli

Asukka, Teemu
Kervinen, Jaakko
Ojala, Joonas

2018 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Haavanhoito-ohjeistuksen malli

Asukka, Teemu;
Kervinen, Jaakko;
Ojala, Joona

Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2018

Asukka, Teemu;
Kervinen, Jaakko;
Ojala, Joonas

Haavanhoito-ohjeistuksen malli

Vuosi 2018

Sivumäärä 26

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa yliopistosairaalan ortopedian vuodeosaston työntekijöiden kokemuksia siitä, että millainen haavanhoito-ohjeen malli palvelisi työntekijöitä parhaiten. Tutkimus toteutettiin teemahaastattelun kautta laadullisten tutkimusmenetelmien periaatteiden mukaan. Opinnäytetyön aineisto kerättiin työympäristössä haastatteleamalla työntekijöitä, jotka toteuttavat haavanhoitoa. Tavoitteena opinnäytetyössä oli luoda haavanhoito-ohjeen malli, joka auttaa työntekijää toimimaan vuodeosaston päivittäisessä työssä.

Viidestä tehdystä teemahaastattelusta nousi esiin, että osaston henkilökuntaa palvelisi arkityössä taskukokoinen opas. Opas kulkisi työntekijän mukana koko työpäivän ajan ja sen kautta työntekijät voisivat palauttaa mieleen haavanhoitoon liittyviä asioita. Opinnäytetyöhön liittyvää teoriaa on kerätty monista eri lähteistä liittyen niin teemahaastatteluun kuin ohjauksen teoriaan.

Asiasanat: Ohjaus, mallipohja, perehdytys, ohjausmenetelmät, teemahaastattelu.

Asukka, Teemu;
Kervinen, Jaakko;
Ojala, Joonas

Wound care guide model

Year 2018

Pages

26

The purpose of this thesis was to study the experiences of the workers of an University hospital's orthopedic ward of what kind of wound care guide would serve staff best. The study was carried out through theme interviews according to the principles of qualitative research methods. The material of this thesis was gathered in the working environment by interviewing the staff who carry out wound care in the ward. The objective of the thesis was to create a model of wound care guide that would help the individual worker to perform the daily tasks of orthopedic ward.

The interviews reveal that a pocket sized guide would serve the staff best. The employees can carry the guide with them during the shift and recall issues related to wound care. The theoretical framework of this thesis has been gathered from many different sources related to theme interview as well as the theory of guidance.

Keywords: Guidance, template, orientation, control method, theme interview.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	6
2.1	Keskeiset käsitteet.....	7
2.2	Hyvä kirjallinen ohje	9
2.3	Haavan hoito	10
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	12
4	Tutkimusmenetelmät.....	12
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	12
4.2	Tutkimukseen osallistujat.....	13
4.3	Aineistonkeruu	13
4.4	Aineistoanalyysi	15
5	Tulokset teemoittain	16
5.1	Perehdytys.....	16
5.1.1	Vanhan ohjeen käyttö	16
5.1.2	Tulevan ohjeen käyttö.....	16
5.2	Kirjaaminen	16
5.3	Kuvien käyttö	17
5.4	Taskukokoinen opas.....	17
5.5	Ohjeen käyttö päivittäisessä työssä	17
5.5.1	Uuden ohjeen käyttöönotto.....	17
6	Tuotos.....	17
7	Luotettavuus ja eettisyys	18
8	Pohdinta	20
8.1	Tulosten tarkastelu	20
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	21
8.3	Oma pohdinta ja ammatillinen kasvu	22
	Lähteet	23
	Liitteet	24

1 Johdanto

Opinnäytetyössä kartoitettiin yliopistosairaalan ortopedisen vuodeosaston työntekijöiden mielipidettä siitä, millainen haavanhoito-ohje olisi hoitohenkilökunnalle mieleisin. Toimeksiantaja, eli kyseinen ortopedinen vuodeosasto, halusi saada käyttöönsä uuden haavanhoito-ohjeen, jossa on uusinta ajantasaista tietoa. Lisäksi toimeksiantaja halusi kartoittaa uuden haavanhoito-ohjeen mallia, ja juuri tässä opinnäytetyössä keskitytään sen luomiseen. Opinnäytetyössä keskityttiin myös ohjauksen teemaan ja laadullisen tutkimuksen menetelmiin, joilla saatiin kartoitettua kohderyhmän mielipidettä haavanhoito-ohjeen mallin muodosta. Tietoa haettiin ohjausmenetelmistä sekä teemahaastattelusta ja perehdyttiin siihen, millainen hoitotyön toiminnan ohjaus mahdollistaa tuloksellisen potilaan hoidon. Työssä päädyttiin käyttämään teemahaastattelun menetelmiä, sillä tällä tavalla saatiin nousemaan esille kohderyhmän mielipiteet. Tästä syystä työssä haastateltiin kohderyhmän työntekijöitä ja heidän mielipiteidensä kautta ohjeen ulkomuotoa muokattiin kohderyhmäkeskeiseksi.

Opinnäytetyön päämääränä oli teettää hoitohenkilökunnalle haavanhoito-ohjeen malli, joka on kohderyhmää (hoitohenkilökuntaa) parhaiten palveleva. Uuden haavanhoito-ohjeen mallin ja sisällön tarve on lähtenyt ortopedisen vuodeosaston hoitohenkilökunnan toiveesta, jolloin aiheen merkitys on työelämälle ajankohtainen. Lopullisen tuotoksen, eli sähköisen tiedoston, muoto toteutettiin haastattelujen pohjalta tehdyn analyysin mukaan.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyössä keskityttiin pitkälti henkilökunnan ohjaukseen, ohjausmenetelmiin, sekä sivuutettiin potilasohjauksen teoriaa. Työn pohjana käytettiin kirjallisuutta ja tutkimuksia erilaisista ohjausmenetelmistä ja niiden hyödyistä hoitohenkilökunnan perehdytyksessä, sekä potilaan ohjauksessa. Yhtenä tärkeänä tiedon lähteenä pidettiin yliopistosairaalan ortopedisen osaston henkilökuntaa, sekä heillä jo olemassa olevaa haavanhoito-ohjetta. Henkilökunnalta kerättiin tietoa haastattelun muodossa.

Opinnäytetyö oli alun perin jaettu kahden opiskelijaryhmän välille. Toinen ryhmä keskittyi tekonivelpotilaan haavanhoidon teoriaan ja tutki, että onko uutta tietoa syntynyt haavanhoidosta viimeisen viiden vuoden aikana. Tässä opinnäytetyössä keskityttiin selvittämään toimivan ohjeen mallia hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyössä oli suuressa osassa ohjausmenetelmät ja henkilökunnan mielipiteiden kartoittaminen. Nämä korostuvat niin haastattelussa kuin ohjeen tekemisessä.

2.1 Keskeiset käsitteet

Haavanhoito-ohje käsitteenä on tuotos, joka oli tarkoitus päivittää osaston tarpeet huomioiden. Haavanhoito-ohje käsittää ohjeistuksen hyvään haavanhoitoon, jotta hoitohenkilökunta voi ammatillisesti pyrkiä parantamaan tuloksellisuutta potilaan hoidossa ja ehkäisemään komplikaatioita.

Ohjauksella tarkoitetaan tässä työssä tavoitteellista toimintaa, joka ammatillisen tietoperustan sekä selkeän luettavuuden avulla kykenee auttamaan hoitohenkilökuntaa yhdenmukaistamaan toimintaansa. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Perehdytyksellä tarkoitetaan sellaista toimintaa, jossa uutta työntekijää tai opiskelijaa ohjeistetaan toimimaan osaston edellyttämällä tavalla ja jakamaan tietoa uudelle ammattilaiselle. Perehdytys on vuorovaikutteista sekä ammatillisesti kasvattavaa. Perehdytyksen avulla voidaan kehittää oppimista, sekä parantaa potilasturvallisuutta sekä yhdenmukaistaa hoitotyötä tuloksellisuus huomioiden. (Työturvallisuuskeskus.) Vastuu perehdyttämisestä on aina esimiehellä, joka valvoo perehdytyksen etenemistä, vaikka perehdytyksen suorittaminen olisi annettu työtehtäväksi hänen alaiselleen (Tehy 2016 ja Työturvallisuuslaki 2002).

Ohjausmenetelmät voidaan jakaa yksilöohjaukseen, ryhmäohjaukseen ja audiovisuaaliseen ohjaukseen. Yksilöohjauksessa ja ryhmäohjauksessa ohjaaja sekä ohjattava ovat kasvotusten. Ohjaajat suosivat yksilöohjausta, sillä se on vapaamuotoisempaa ja huomioi ohjattavan paremmin. Ryhmäohjaukseen osallistuu ohjaajan lisäksi useampi ohjattava. Tällöin etuna on, että ohjausta voidaan antaa useammalle henkilölle samanaikaisesti. Lisäksi ohjattavat saavat samalla vertaistukea. Audiovisuaaliseen ohjaukseen lukeutuu erilaisten videoiden, äänikasettien, tietoverkkojen, laitteiden ja puhelimen avulla tarjottavaa tukea ja tietoa. (Huurre 2014, 14.)

Kun valitaan ohjausmenetelmiä, on oltava tietämystä siitä, miten ohjattava vastaanottaa opittavaa tietoa ja mikä on ohjauksen lopullinen päämäärä. Kun halutaan varmistaa ohjauksen vaikutusten tuloksellisuus, tulisi ohjausmenetelmiä käyttää useampia. Esimerkiksi kirjallista materiaalia tulisi käyttää nimenomaan ohjauskeskustelussa käsiteltävien asioiden tukemiseksi, eikä yksinään sen takia että sitä on saatavilla. Ohjaavan tason tehtävänä on tunnistaa minkälainen omaksumistapa on asiakkaalle ominaisin ja valita ohjausmenetelmä sen mukaisesti. Jollekin asiakkaalle saattaa olla helpompaa ilmaista ja muistaa erilaisia asioita kielellisesti, joten häntä pystytään tukemaan vahvistavalla suullisella palautteella. Erilaiset asiakkaat tarkastelevat asioita yksityiskohdista kokonaisuuksiin ja toiset päinvastoin. Mikäli asiakkaalle on helpompaa hahmottaa erilaisia asioita visuaalisesti, pystyy hoitaja käyttämään saatavilla olevaa kuvamateriaalia tukena ohjauksessa. Mikäli asiakas käyttää sanatonta

ilmaisua, kannattaa hoitajan motivoida asiakasta käyttämään oppimiseen soveltuvia sanattomia harjoitusmenetelmiä. Asiakkaille jotka reagoivat voimakkaasti ääniin ja rytmiin, voidaan tärkeimmät asiat koota kokonaisuuksiin. Näissä kokonaisuuksissa asiakas voi esimerkiksi painaa asiat mieleensä kolmen sarjoissa. Kaikilla näillä menetelmillä on ohjauksen lopuksi tärkeää kerrata keskeisimmät asiat, sillä pystyy vastaanottamaan ja muistamaan vain rajallisen määrän asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Yksilöohjaus on useimmin käytetty ohjauksen tekniikka on suullinen ohjaus, sillä vuorovaikutusta pidetään hyvin tärkeänä osana itse ohjausta. Kun ihmistä ohjataan tai perehdytetään, antaa kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Yksilö- ja ryhmäohjaukset toteutetaan suullisen ohjauksen avulla, mutta ohjausta ja oppimista voidaan tukea apuna käytettävillä oheismateriaaleilla. Oppimisen kannalta yksilöohjaus on tehokkain menetelmä, mutta se vaatii ohjaajalta/ perehdyttäjältä aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjaus on toinen eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä mm. terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta voidaan antaa eri tarkoitukseen kootuissa ryhmissä ja ryhmäkoko voi vaihdella yksilöllisesti tarpeen mukaan. Tavoitteiden saavuttamisen kannalta, voi ryhmän jäsenille olla hyvinkin voimaannuttava kokemus saada ohjausta ryhmässä. Ryhmäohjaus on myös resurssien ja talouden kannalta kannattavaa, sillä ohjausta voidaan antaa samanaikaisesti useammalle henkilölle. Ryhmäohjauksella on myös toisinaan mahdollista saavuttaa jopa parempia oppimistuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmään kuuluminen, sekä yhteinen tavoite ovat edellytyksenä sille, että ryhmää pystytään tietoisesti käyttämään voimavarana. Yhteiset tavoitteet, rajat, sekä tehtävä tukevat ryhmän turvallisuutta. Ryhmän selkeät rajat vahvistavat vuorovaikutusta ja tukevat myös ryhmän luovuutta. Tiiviit ja tiheät tapaamiset ovat edellytys ryhmän toimivuudelle. Hyvin toimivan ryhmän ominaisuuksia on, että ryhmäläisillä on yhteinen tavoite tai päämäärä ja että kaikki tuntevat toisensa. Ryhmän ohjaajana terveysalan puolella toimii usein hoitaja, jonka rooli ohjaustilanteessa on yleensä ulkoapäin määrätty ja perustuu hoitajan asian hallintaan, sekä asiantuntemukseen. Onnistuneen ryhmätyöskentelyn takaamiseksi on hoitajalla oltava ryhmäohjaustaitoja, sillä ryhmän ohjaajana hän on vastuussa ryhmän toimivuudesta ja turvallisuudesta. Ryhmän ohjaajalla täytyy olla osaamista ja tietoa ryhmäohjauksesta, ryhmädynamiikasta ja ryhmäilmiöistä, sekä ennen kaikkea kykyä huomioida ryhmän kehitysvaiheita ja tarpeita. Hoitaja huolehtii ryhmässä vuorovaikutuksesta, toimii suunnannäyttäjänä, huolehtii resursseista, välittää tietoa, organisoii työnjaon, sekä antaa palautetta ryhmälle. (Kyngäs ym. 2007, 104-108.)

Ympäristöön liittyvät taustatekijät voivat joko tukea tai häiritä ohjauksessa. Positiivisia ja negatiivisia tekijöitä voivat olla hoitoympäristössä mm. hoitotyön kulttuuri, ihmissuhdeympäristö ja fyysinen ympäristö. (Kyngäs ym. 2007, 36.) Opaslehtisen tai

perehdytyskansion liikuteltavuus tuo yksilölle tilaisuuden hakeutua sellaiseen fyysiseen ympäristöön jossa itse uskoo kykenevänsä keskittyä ja hankkimaan opittavaa tietoa tuloksellisemmin. Fyysisesti paras tila ohjaukselle on sellainen, jossa kyetään ilman häiriöitä keskittyä asiaan (Kyngäs ym. 2007, 37).

Kirjalliset ohjeet toimivat hyvin tilanteissa, joissa toteutusaika on vähentynyt suullisen ohjauksen osalta. Tällöin kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on tarpeellista. Kun puhutaan kirjallisista ohjausmateriaaleista, tarkoitetaan sillä erilaisia kirjallisia oppaita sekä -ohjeita. Niiden pituudet voivat vaihdella muutaman sivun mittaisista lehtisistä useiden sivujen mittaisiin oppaisiin tai kirjasiin. Kun ohjeet ovat kirjallisessa muodossa, voi tiedon hakija tarkista tarvittavan tiedon niistä oma-aloitteisesti ja itsenäisesti. Kirjallisen ohjeen tulee olla tarpeen mukainen. Kirjallisten ohjeistuksien tulee olla ymmärrettävyyden kannalta selkeitä ja helppolukuisuuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeistukset voivat heikentää muutoin hyvin saatua ohjeistusta. Vaikealukuiset tai vaikeasti ymmärrettävät ohjeet saattavat myös kasvattaa asiakkaan/potilaan huolestuneisuutta sekä pelkoja. Väärin ymmärrettävyyden riskikin kasvaa, jos kirjallinen ohjeistus on vaikealukuista. On syytä arvioida toimipisteittäin, tarvitseeko henkilökunta mahdollisesti koulutusta kirjallisten ohjeiden arviointiin tai laatimiseen. Kirjallisen ohjausmateriaalin täytyy olla kieliasultaan ja sisällöltään helposti ymmärrettävää, sekä tilanteeseen sopivaa. Kirjallinen ohjausmateriaali on tarjottava asiakkaalle/potilaalle oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Mikäli kirjallinen materiaali on tarkoitus antaa tietolähteeksi esimerkiksi tulevaa leikkausta varten, olisi se hyvä lähettää vaikka postissa asiakkaan kotiin, tai vaihtoehtoisesti tarjota se hänelle jo edeltävän poliklinikkakäynnin päätteeksi. Mikäli kyseessä on kotihoito-ohje, on sopiva ajankohta mietittävä kotona toteutettavan hoidon perusteella. Jos asiakkaan/potilaan kotona toteuttama hoito vaatii harjoittelua jo sairaalassa, on hänelle suositeltavaa tarjota kirjallista ohjausmateriaalia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tai jo ennen sairaalaan saapumista. Asiakas/potilas voi käyttää kirjallista ohjausmateriaali itseopiskeluun, mikäli se on oikein suunnattu, asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva, tehokas sekä hyvin suunniteltu. Ulkoasun, kielen, sisällön sekä rakenteen perusteella voidaan arvioida kirjallisen ohjausmateriaalin toimivuutta ja kokonaisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 124-125.)

2.2 Hyvä kirjallinen ohje

Hyvä kirjallinen ohje sisältää tiedon kenelle ohje on suunnattu, sekä mikä ohjeen tarkoitus on. Konkreettisin kuvauksin ja selkein esimerkein pystytään selkeyttämään käsiteltäviä asioita. Mikäli ohjeessa kuvataan selkeästi miten asiakkaan/potilaan tulee toimia saavuttaakseen tavoitteet, asian ymmärtäminen helpottuu. Ohjeessa tulisi myös olla selkeästi kuvattuna, kuinka esimerkiksi tavoitteiden saavuttamista ja hoidon onnistumista voidaan seurata. Lisätietojen hankkimisesta sekä mahdollisesta yhteydenotosta olisi hyvä olla tietoa ohjeistuksessa. Jotta tietoa ei olisi liikaa, tulisi ohjeessa olla vain pääkohdat opetettavan asian

sisällöstä. Sisällöltään ohjeet voivat olla hyvinkin erilaisia, riippuen asiakkaan/potilaan terveydentilasta. Kuitenkin jokaisen ohjeen tulisi olla ajantasainen sekä tarkka ja vastata esimerkiksi kysymyksiin "milloin?", "miten?", "missä?", "mitä?", "miksi?". (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Yksilön kokonaisuus tulee myös huomioida kirjallisessa ohjeessa. Mikäli ohjeessa käsitellään ainoastaan asiakkaan/potilaan fyysisiä vaivoja ja sen hoitoa, ei ohje tällöin ole riittävä. Tutkimuksen, sairauden tai hoidon vaikutus asiakkaan/potilaan sosiaalisiin suhteisiin ja mielialaan tulisi olla huomioituna ohjeessa. Kokemusta siitä miten asiakas/potilas hallitsee omaa terveydentilaansa sekä siihen liittyviä ongelmia, pystytään tukemaan toiminnallisen (esim. päivittäiset toiminnot), kokemuksellisen (esim. kokemukset ja tunteet), ekonomisen (esim. kustannukset ja tuet), biofysiologisen (esim. tuntemukset ja oireet), sosiaalis-yhteisöllisen (esim. omaisten/läheisten osallistuminen hoitoon) sekä eettisen (esim. salassapito) tiedon mukaan. Näistä erilaisista ulottuvuuksista ja tiedoista tulisi olla kuvausta, jotta ohjeen sisältö olisi mahdollisimman kattava. Ymmärrettävään kirjalliseen ohjeeseen kuuluu riittävä fonttikoko (vähintään fonttikoko 12), selkeä fonttityyppi sekä selkeä tekstiasettelu ja jaottelu. Kaavioin, taulukoin, kuvin sekä kuvioin pystytään mahdollisesti lisäämään kirjallisen ohjeen sanoman ymmärrettävyyttä. Näiden tulisi kuitenkin olla mielenkiintoisia, ymmärrettäviä, tarkkoja, sekä objektiivisia. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Kirjallisen ohjeen tärkeimmät osa-alueet voidaan lisäksi alleviivata tai muilla tavoin korostaa. Ohjeen koko ja väritys on myös hyvä huomioida. Kirjallisessa ohjeessa pääasiat kirjoitetaan ensimmäiseksi virkkeisiin ja tekstikappaleissa esitetään vain yksi asia kappaletta kohden. Ohjeesta tulisi saada jo ensimmäisellä silmäyksellä selvää mitä se sisältää. Sanojen ja termien tulee olla yksiselitteisiä, konkreettisia ja tuttuja. Mikäli ohjeessa käytetään lääketieteellisiä termejä, tulee termien sisältö määritellä. Ohjeessa kannattaa myös käyttää mieluiten aktiivi- kuin passiivimuotoa. Kuitenkin jos ohjeen sisältö on itsessään vaikeasti tulkittavaa, eivät edes lyhyet tai helpot sanat tee ohjeesta paremmin ymmärrettävää. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

2.3 Haavan hoito

Haavan hoidon tulee lähteä liikkeelle hyvistä aseptisista periaatteista. Tähän kuuluu niin käsihygienia, kun oikeiden instrumenttien käyttö. Käsihygieniaan kuuluu käsien oikea-aikainen pesu ja oikeiden hanskojen käyttö niitä vaativissa tilanteissa. Käsiiä pestään vain, jos niissä on näkyvää likaa, jonka jälkeen ne käsitellään käsihuuhteella. (Hietanen ym. 2002, 67-68; TAYS. 2015.)

Haavoja hoidettaessa tulee käyttää käsihuhdetta infektioiden vähentämiseksi. Kädet käsitellään alkoholipitoisella käsihuuhteella aina myös hanskoja vaihdettaessa. Konkreettisesti käsihuhdetta annostellaan käsille noin 3-5 ml ja kädet käydään läpi nopeasti ja tehokkaasti.

Ensimmäisenä huuhte levitetään kumpaankin kämmeneen hieroen. Seuraavaksi huuhteella käydään läpi sormien välit ja sormenpäät. Tämän jälkeen huuhdetta hierotaan kumpaankin peukaloon ja muu sormet käydään vielä läpi. Viimeisenä huuhdetta hierotaan kumpaankin kämmen-selkään sormien välit vielä läpikäyden. (Hietanen ym. 2002, 68; Juutilainen & Hietanen. 2012, 115-116.)

Suojakäsineiden valinnassa tulee olla tarkka. Hanskat valitaan haavan tyypin ja hoidon mukaan. Koon tulee olla oikea haavankäsittelijälle, jotta ne eivät hajoa rasituksesta. Kirurgisissa toimenpiteissä tulee aina käyttää steriilejä hanskoja infektioriskin takia. Steriilien hanskojen käyttö pätee myös ortopedisten proteesileikkaushaavojen käsittelyssä, alle kolme vuorokautisissa haavoissa. Steriilejä hanskoja tulee myös käyttää käsiteltäessä alle vuorokauden ikäisiä haavoja. Tehdaspuhtaat hanskat sopivat vanhempiin ja kroonisiin haavoihin. Käytännössä tehdaspuhtaita hanskoja voi käyttää sidosten poistossa ja kun verelle altistuminen on mahdollista. (Hietanen ym. 2002, 69; Juutilainen & Hietanen. 2012, 116-117.)

Haavan päältä tulee poistaa sidokset vasta ennen hoitoa, jotta haava ei jäähdy. Sidosten irrottamisessa tulee varmistaa, että sidos lähtee irti kivuttomasti ja tervettä kudosta vaurioittamatta. Apuna voi käyttää keittosuolaa ja atuloita. Haava voidaan puhdistaa huuhtelemalla vedellä tai keittosolalla. Haava tulee kuivata ennen uuden sidoksen asettamista. Puhdistamisajan-kohta ja niiden määrä valitaan haavan erittävyyden ja haavan laadun perusteella. Infektoitu- nutta haava on syytä puhdistaa useammin, kuin erittämätöntä "tervettä" haavaa. Jos haavassa on katetta tai kuollutta kudosta, on haava syytä puhdistaa mekaanisesti. Tähän voidaan käyttää kyrettiä tai katteen ollessa pehmeää voidaan käyttää nukatonta lappua. (Hietanen ym. 2002, 70-73; Juutilainen & Hietanen. 2012, 79-80.)

Haava tulee suojata puhdistuksen jälkeen sidoksella. Sidoksen valinnassa tulee ottaa huomioon haavan sijoittuminen keholla, sen erittäminen ja infektio. Hydrokolloidisidosta voidaan käyttää haavassa, joka erittää hieman, sillä tällainen sidos imee itseensä haavaeritettä. Hydrokolloidisidoksia ei tulisi kuitenkaan käyttää haavoissa, jotka ovat infektoituneet tai ovat erityisen alttiina infektiolle. Sidoksen sisältämät aineet (pektiini, gelatiini, natriumkarboksinenmetyyliselluloosa, polyisobutyleeni), jotka tulevat haavaa vasten, muodostavat hyytelömäisen pinnan haavalle. Tämä hyytelö pitää yllä kosteaa ympäristöä, joka mahdollistaa haavan paranemisen ja lieventää haavakipua. Sidos estää lisäksi ulkopuolisen kosteuden pääsyn haavalle. Sidos tulee vaihtaa haavan erittämisen mukaan. Infektoituneessa haavassa voi käyttää hopeaa sisältäviä sidoksia. Hopean oma antimikrobinen ominaisuus vähentääkin haavalla olevien mikrobien määrää huomattavasti. Monilla haavanhoito tuotteilla onkin usein hopeaa sisältäviä vaihtoehtoja. (Hietanen ym. 2002, 86-87, 90; Juutilainen & Hietanen. 2012, 147, 155.)

Kirurgiset haavat pyritään sulkemaan ilman ihon venyttämistä. Yleensä tällaiset puhtaat haavat suljetaan tiheällä ompelulla tai hakasilla. Jos haavan katsotaan olevan "likainen," niin käytetään harvempaa ommelta. Kirurginen haava on yleensä suljettu kerroksittain. Ihon alainen kudoks suljetaan ompelin ja ihon päällinen suljetaan tilanteen sallimin tavoin jopa pelkin teippauksin haavateipillä. (Hietanen ym. 2002, 105-106; Juutilainen & Hietanen. 2012, 220.)

Haavan suojaamisessa tulee kiinnittää huomiota haavan sijaintiin. Pään alueella olevat haavat voidaan esimerkiksi jättää suojaamatta. Alueet, jotka ovat vaarassa joutua ulosteen tai virtsan kosketuksiin, on syytä suojata vettä läpäisemättömällä suojalla. Haavan saa kuitenkin kastella vedellä (pestä) yhden vuorokauden jälkeen haavan sulkemisesta. Ortopedisten haavojen kohdalla ollaan kuitenkin hieman konservatiivisempia eli haava pestään usein vasta kahden vuorokauden jälkeen. Jos haava erittää runsaasti, niin suihkuttamista kannattaa välttää. Ompeleiden poisto tapahtuu vartalon ja raajojen alueelta yleensä viikon jälkeen. Raajoissa ompeleita voidaan pitää kuitenkin kaksi viikkoa. Ompeleet tulee poistaa jo aiemmin, jos haavassa näkyy tulehduksen merkkejä. (Hietanen ym. 2002, 109-110.) Saunassa käymistä kannattaa välttää ompeleiden poistoon asti. Ompeleiden kanssa ei saa käydä uimassa. (Terveyskirjasto. 2017.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ortopedian vuodeosastolle haavanhoito-ohjeen malli pohja muodossa, jonka osaston työntekijät kokevat sen palvelevan heitä parhaiten. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että osastolla työskentelevät kykenevät toiminaan päivitettyjen haavanhoito-ohjeiden mukaisesti, jolloin potilaan leikkauksen jälkeinen paranemisprosessi olisi mahdollisimman tuloksellinen ja hoitajien toimintatavat yhdenmukaisia. Pyrkimyksenä oli tuottaa selkeä ja toimiva haavanhoito-ohjeen pohja, jota voidaan käyttää hyväksi myös uuden työntekijän perehdytyksessä sekä opiskelijan ohjauksessa. Yhdenmukaisemman ja onnistuneen toiminnan kautta pyrittiin myös parantamaan hoitotyön kustannustehokkuutta.

Tutkimuskysymys: Millainen haavanhoito-ohjeistus ulkomuodoltaan tulisi olla hoitohenkilökunnan mielestä?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus eli laadullinen tutkimus on menetelmä, jossa pyritään tutkimaan ja selvittämään ilmiöitä, jotta saadaan syvempää tietoa tutkittavasta aiheesta. Toimivia keinoja aineiston keräämiseen ovat yksilö- ja ryhmähaastattelu, joita voidaan käyttää riippuen siitä,

millaista tietoa halutaan oman tutkimusidean tueksi ja sisällöksi. Suositeltavia tapoja yksilöhaastattelun aineiston keräämiseen ovat lomakehaastattelu, sekä teemahaastattelu. (Vilkka & Airaksinen 2003, 63)

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistui yhteistyökumppanina toimineen erään sairaanhoitopiirin yliopistollisen sairaalan henkilökunta. Henkilökunnan jäsenistä viisi hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää osallistui haastatteluun. Tutkimusprosessin aikana yhteistyötä tehtiin myös kyseisen osaston osastonhoitajan kanssa.

4.3 Aineistonkeruu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu aineistonkeruumenetelmä eli haastattelussa haetaan vastausta tiettyyn teemaan liittyen. Teemahaastattelu eroaa siis perinteisestä lomakehaastattelusta siten, että haastateltavilta henkilöiltä ei välttämättä kysytä kysymyksiä täysin samassa muodossa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 63) Teemahaastattelu voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna (Vilkka & Airaksinen 2003, 57). Teemahaastattelua laatiessa ei keskitytä niinkään kysymyksiin, vaan haastattelurunkoa lähdetään luomaan teemasanojen kautta. Tällöin kerätään tutkittavaan aiheeseen liittyviä teemasanoja, jotka tulevat johdattelemaan keskustelua ja joiden pohjalta kysymykset tarkennetaan haastattelutilanteeseen. Tällöin haastattelijan rooli haastattelutilanteessa on lisäksi tarkentajan rooli, eli kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa hän vastaa myös haastateltavan tarkentaviin kysymyksiin. Haastattelutilanteessa teemahaastattelun puolistrukturoitu muoto antaa haastattelijalle mahdollisuuden esittää lisäksi tarkentavia lisäkysymyksiä, jos se on tarpeellista tutkittavaan teemaan liittyen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 66-67.)

Teemahaastattelu on toiminnallinen aineiston ja tiedonkeruun menetelmä. Tällä menetelmällä voidaan hakea tietoa erilaisten sisältöjen toteuttamista varten, oli sitten kyseessä joko oppaan tai esityksen laatiminen tapahtumaa varten. Tällöin haastatteluista saadut tulokset ovat kohderyhmälähtöisiä, jolloin mahdollisesti tuotettu tuote on muodoltaan kohderyhmää palveleva. (Vilkka & Airaksinen 2003, 56-57.) Haastattelun kautta voidaankin tunnustella ryhmän näkemyksiä samasta asiasta ja olettamuksena on, että ryhmän sisällä on erilaisia näkemyseroja. Näkemyserot syntyvät yksilöiden omista kokemuksista ja tuntemuksista. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 48.)

Kysymyksien laatiminen aloitettiin haastatteluja varten aiheanalyysin hyväksymisen ja opinnäytetyön varmistumisen jälkeen. Jo alkuvaiheessa jouduttiin suunnittelemaan alustavia kysymyksiä opinnäytetyömme suunnitelmaa varten, jotta tutkimusluvan hyväksyminen olisi

mahdollista. Tämän tieto saatiin, kun käytiin tapaamisessa yliopistosairaalan klinisen hoitotyön opettajan kanssa. Tässä vaiheessa pohdittiin, että millaisilla kysymyksillä saadaan tutkimuskysymykseen vastaus. Kysymyksiä lähdettiin laatimaan aiheanalyysin ja teemasanojen pääluokkana toimineen hoito-ohjeen kautta. Teemasanoina oli myös perehdytys, ohjeen ulkomuoto ja käyttäminen. Käyttäminen oli ehkä yksi vahvimista teemasanoista, sillä haluttiin saada vastaus, kuinka ohje palvelisi ammattitaitoista henkilökuntaa arkityössä. Ennen tutkimusluvan hakemista konsultoitin ohjaajana toimivaa opettajaa ja yliopistosairaalan klinisen työn opettajaa kysymysten sisällöstä suullisesti. Kysymysten suunniteltu määrä oli erittäin suuri työn alkuvaiheessa, mutta niitä supistettiin ja karsittiin pois monia kysymyksiä saadun ohjauksen ja oman ryhmän sisäisen keskustelun perusteella. Kysymyksiä käsitellessä jouduttiin useasti palaamaan alkuperäisen tutkimuskysymyksen sisältöön ja miettimään vastaavatko kysymykset siihen.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin kvalitatiivista tutkimusta haastattelemalla työryhmän jäseniä ja hyödynsimme saatua tietoa ohjeen tekemisessä. Haastattelut toteutettiin yliopistosairaalan ortopedisen osaston työympäristössä ja haastateltavat valittiin työryhmän jäsenistä asiantuntijuuden mukaan osastonhoitajan avustuksella. Pyrkimyksenä oli, että työryhmä valitsisi keskuudestaan henkilöitä jotka edustaisivat koko osaston henkilöstön mielipiteitä ja arvoja.

Haastattelupäivänä osastolle saavuttiin kello 13:00 eli hoitajien vuoronvaihdon aikaan. Osastonhoitajan tavattiin hänen työhuoneessaan. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hänen huonettaan saatiin käyttää haastattelujen ajan. Osastonhoitajalle lähetettiin info-kirje haastattelujen kulusta jo aiemmin, ja hän oli välittänyt viestin kuudelle hoitajalle. Osastonhoitajalle annettiin vielä haastattelukysymykset luettavaksi ja hän hyväksyi kysymykset suullisesti. Ennen haastatteluja käytiin esittäytymässä hoitajille ryhmänä ja ilmoitettiin ryhmän olevan sairaanhoidon loppuvaiheen opiskelijoita Laurea-AMK:sta. Henkilökunnalle kerrottiin myös minkä takia osastolla oltiin.

Huone, jossa haastattelut toteutettiin, oli rauhallinen tila, josta suljettiin haastatteluiden ajaksi käytävälle johtava ovi hiljaisuuden ja salassapidon varmistamiseksi. Ennen haastatteluja suunniteltiin työnjako, jonka mukaan toimittiin haastattelujen ajan. Yksi ryhmäläisistä käytti koululta lainaamaamme nauhuria, toinen esitti haastattelukysymykset ja kolmas teki muistiinpanoja. Haastateltavat haettiin osaston puolelta siinä järjestyksessä, kun heidän työtilanteensa salli. Ennen jokaisen haastattelun alkua esittäydettiin haastateltavalle, jotta pystyttiin luomaan vapaampi ilmapiiri. Jokaiselle haastateltavalle kerrottiin mitä ryhmämme on tekemässä ja miksi haastatteluja tehdään. Haastattelut kestivät keskimäärin viisi minuuttia jokaista haastateltavaa kohti. Kuudesta info-kirjeen saaneesta hoitajasta viisi oli paikalla osastolla. Näistä viidestä haastateltavasta hoitajasta yhdellä oli työkiireitä, mutta saimme

tilalle toisen vapaaehtoisen hoitajan, joka ei ollut saanut info-kirjettä. Haastattelupäivänä ei kiinnitetty huomiota haastateltavien ammattinimikkeisiin, sillä etukäteen oltiin saatu osastonhoitajalta tietoon, että kaikki osaston työntekijät ammattinimikkeestä huolimatta suorittavat haavanhoitoa. Haastatteluiden jälkeen käytiin vielä kiittämässä osaston henkilökuntaa yhteistyöstä.

4.4 Aineistoanalyysi

Haastattelujen tulkinassa käytettiin laskemisen analyysimuotoa kartoitettaessa vastauksia yksinkertaisiin muotoihin. Haastattelujen kysymykset oli asetettu muotoon, joilla saadut vastaukset oli helppo jäsenellä tällaiseen muotoon. Laskeminen on ehkä helpoin analyysimuoto. Tällä tavalla voidaan esittää asioiden esiintymistä tekstissä prosenttein tai suoraan numeraalisesti. Laskeminen on kuitenkin erittäin lähellä kvantitatiivista analysointia, mutta se antaa selkeän kuvan lukijalle kvalitatiivisessakin tutkimuksessa, kuinka johtopäätöksiin on päädytty. Laskemisen etuna on lisäksi se, että tulosten esittäminen taulukkona on helpompaa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 172.)

Teemahaastattelujen analyysi vaiheessa on tavallista, että aineisto puretaan teema-alueittain. Tämä tarkoittaa, että litteroidusta tekstistä etsitään yhtenäisiä teema-alueita. Tällöin koko haastattelua ei ole tarkoitus purkaa sana sanalta, vaan ollaankin kiinnostuneita sen sisällä olevista teemoista, jotka liittyvät tutkittuun asiaan. Teemahaastatteluja purkaessa teema-alueisiin on tärkeää pitää aineiston kokonaisuus hallussa, joten purettaessa esimerkiksi aineistoa ”teema-korteiksi” on näihin syytä merkitä, mistä kohtaa teema-kortin sisältö on aineistosta otettu esille. Tällöin aineiston kokonaisuus ei häviä, kun myöhemmässä vaiheessa analyysia aletaan tehdä teema-korttien perusteella. Teemat yleensä pohjautuvat tällaisessa analyysimenetelmässä haastattelun lähtökohtaisiin teemoihin, mutta kerätystä aineistosta voi lisäksi nousta muita kiinnostavia teemoja. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 141, 142, 173.)

Äänitetyt haastattelut litterointiin eli puhtaaksikirjoitettiin tekstimuotoon. Äänitteet siirrettiin tallennuslaitteelta oppilaitoksen koneelle, jonka jälkeen ne purettiin yksi kerrallaan Word-teksti tiedostoon. Puhtaaksikirjoittaminen oli työläs prosessi, sillä jokainen haastattelu kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan. Haastatteluiden sisältöä ei missään vaiheessa muutettu tai muokattu siten, että niiden asiasisältö olisi muuttunut, vaikkakin anonymiteettisuojaan takia mm. muresanoja on muutettu kirjakielellisempään suuntaan. Puhtaaksikirjoittaminen aiheutti työtunteja runsaasti, mutta tekstituotoksen avulla tulosten analysointi helpottui huomattavasti. Puhtaaksikirjoittamisen jälkeen äänitallenteet poistettiin ja tekstitiedostoa käytettiin opinnäytetyön loppuvaiheen työvälineenä.

Teemahaastattelussa on ominaista, että saatu aineisto puretaan teema-alueittain. Saadusta litteroidusta tekstistä etsitään teemoja, jotka ovat voineet olla jo esillä aiemmin

haastatteluaineiston luomisvaiheessa ja tämän lisäksi esille usein nousee myös muita teemoja. Teemojen luominen aloitetaan luokittelemalla teemat ensin pääteemoiksi, joiden alle voi rakentua monia eri alateemoja. Teemoittain purkaminen on yleensä tutkijalle vapaa muotoista ja esille nousevat teemat voivat riippuakin tutkijasta. Samat teemat on yleensä hyvä poimia tekstistä yhteen esimerkiksi tekstinkäsittelyohjelmalla, jotta niiden analysointi on helpompaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Seuraavassa kappaleessa tuodaan esille eri esiintyneitä teemoja ja niiden alaluokkia.

5 Tulokset teemoittain

5.1 Perehdytys

Perehdytys nousi teemaksi jo työn alkuvaiheessa. Tätä kysyttiin kohderyhmältä kahden kysymyksen muodossa haastattelussa. Kysymyksillä haettiin vastausta, että kuinka perehdytys tapahtuu nykyisin osastolla ja kuinka tulevaa ohjetta käytettäisiin tulevaisuudessa perehdytyksessä. Tulokset jaettiin alaluokkiin jakaen ne vanhan ohjeen käytön ja tulevan ohjeen käytön mukaan. Alaluokkien sisällä tehtiin jaottelu vastanneiden mielipiteiden mukaan.

5.1.1 Vanhan ohjeen käyttö

Haastatteluista nousi esille, että suurimman osan vastanneiden mielestä nykyistä haavanhoidon ohjetta ei käytetä nykyisessä perehdytyksessä ollenkaan. Lisäksi esille nousee yhden vastaajan osalta myös se, että perehdytyksen muoto on vaihtelevaa osastolla (*"meillä on vähän kirjavaa käytäntöä"*). Vastauksista huomaa, että haastateltavat tuovat esille omia kokemuksiaan perehdytyksestä joko perehdytettävänä tai perehdyttäjänä. Eräs vastanneista kertoo lisäksi, että perehdytyskansio on hänen mielestään suuremmassa roolissa kuin varsinaisen osastolta löytyvän haavanhoito-ohjeen käyttö.

5.1.2 Tulevan ohjeen käyttö

Kysyttäessä käytettäisiinkö uutta tulevaa ohjetta perehdytyksessä, suurin osa vastanneista totesi, että käytettäisiin. Vastanneista yksi painotti, että tulevan ohjeen ajantasaisuus sen sisältämän tiedon kannalta oli käyttöönoton kannalta tärkeää.

5.2 Kirjaaminen

Haastateltavilta kysyttiin, että tarvitsevatko he erillistä tarkistuslistaa haavanhoitoa varten. Kuitenkin suurin osa oli sitä mieltä, että nykyinen kirjaamisen malli on ajan tasalla ja toimivaa.

5.3 Kuvien käyttö

Kuvien ja kuvioiden käyttö ei saanut kannatusta haastateltavilta. Suurin osa koki, että ne eivät hyödyttäisi työskentelyä. Eräs haastateltava toi esille, että osastolla olevat haavat ovat suhteellisen samantyyppisiä ja infektioita on vähän. Tämän takia kuvioiden kautta esille tuotavat esimerkit eivät olleet tarpeellisia.

5.4 Taskukokoinen opas

Taskukokoisen oppaan tarpeellisuutta puolsi enemmistö hoitohenkilökunnasta. Myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden apuvälineeksi taskukokoinen opas miellettiin tärkeäksi. Jotkin hoitohenkilökunnan jäsenet olivat jo itsenäisesti keränneet haavanhoidon ohjeistuksen tietoa kannettavaan muotoon.

5.5 Ohjeen käyttö päivittäisessä työssä

Uusi ohje olisi haastateltavien mielestä työtä tukeva apuväline. Tärkeänä haastateltavat pitivät, että päivittäisen työn tukemista varten uuden oppaan tulisi olla selkeä. Näin saataisiin luotua koko työryhmälle yhteneväiset työtavat ja haavanhoito olisi johdonmukaisempaa. Yhtenäistä linjaa painotettiin ja eräs haastateltava toi esille, että eriäviä käytäntöjä löytyy niin perehdytyksessä kuin haavanhoidossa.

5.5.1 Uuden ohjeen käyttöönotto

Haastateltavat toivat esille, että jos uusi ohje halutaan ottaa käyttöön niin sen tulisi sisältää *"tutkittua ja perusteltua tietoa."* Tällöin koettiin, että sitoutuminen uuden ohjeen käyttöön olisi runsaampaa. Lisäksi koettiin, että ohjeen tulisi olla työryhmän hyväksymä.

6 Tuotos

Taskukokoisen oppaan pohjan (Liite 3) rakentaminen aloitettiin alun perin rakentamalla taulukkoa Microsoftin Word ohjelmaan. Taulukon käyttäminen oli järkevää, sillä sen avulla saataisiin rakennettua pohja, jossa on selvät alueet tekstille ja ohjeen leikkaamista varten taskukokoiseen muotoon. Tällöin ohjeen laminointi olisi helppoa, sillä tällöin koko tulostettu paperiarkki (A4) voitaisiin laminoida kerralla. Tässä vaiheessa esille kuitenkin nousi Word-ohjelman kankeus taulukon keskittämisessä sivuille, jolloin taulukkoa tulostettaessa kaksipuoleisuus ei toteutunutkaan yhtä helposti. Tulostettaessa sivuja taulukot eivät olleet täysin kohdakkain kyseistä ohjelmaa käytettäessä. Riskinä oli myös se, että taulukko voisi käyttäytyä eri tavalla Word ohjelman vanhassa tai mahdollisissa uusissa versioissa. Tästä syystä päädyimme käyttämään Microsoftin Excel-ohjelmaa, joka on erikoistunut taulukoihin ja

tiettyjen ohjelman ominaisuuksien avulla voidaan varmistaa, että taulukko ja sen sisällä oleva teksti tulostuu samalla tavalla riippumatta käytettävästä versiosta.

Pohjaa rakennettaessa päädyimme määrittämään tulostusalueen siten, että yhdelle paperiarkille tulostuu kolme samanlaista ohjetta kaksipuoleisena. Aluksi kokeiltiin, että yhdelle paperille tulostuisi kuusi samanlaista ohjetta, mutta tällöin ohjeen koko oli niin pieni, että siihen ei mahtunut pienelläkään fonttikoolla riittävästi tekstiä. Ohjeen kokoa kykenee kuitenkin nykyisessä muodossa muokkaamaan paperikoon asettamien rajojen sisällä hieman suuremmaksi tai pienemmäksi. Sivun marginaalit ovat Excel-ohjelman oletusmuodossa ja näitäkin muokkaamalla voidaan saada lisää tilaa ohjeen tulostamista varten.

Tekstisolujen koko Excel-tiedostossa on kummallakin puolella tulostetta tällä hetkellä 7,99 cm x 11,88 cm ja tulostuksen suunta on asetettu vaaka suuntaiseksi. Ohjeiden välissä vaakasuunnassa on myös tulosteessa 1,03 cm väli. Joten ohjeen leikkaamisen jälkeen kokonaisleveydeksi tulee noin 9 cm ja tällöin ohje on edelleen kooltaan sellainen, että se mahtuu taskuun. Excel-solut on muotoiltu siten, että tekstiä muokattaessa kummankin sivun vasemmanpuoleisimpaan soluun teksti kopioituu muihin saman sivun soluihin. Tällöin tekstin muokkaus jälkikäteen on helppoa. Excel-tiedostoon on myös laitettu tulostusalueen ulkopuolelle ohjeet tekstin täyttämistä varten. Ohjeista huolimatta tekstin täyttäminen vaatii kuitenkin jonkun verran Excel-ohjelman käyttötietämystä.

7 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme luotettavuutta vahvistaa suoraan osastolta ammattihenkilöiden haastattelun kautta keräämämme tiedot. Teemahaastattelun kautta saatu tieto perustuu siis osaston henkilökunnan yksilökohtaisiin kokemuksiin ja tuntemuksiin (Hirsijärvi & Hurme 2004, 48), joten saadut tulokset kaikkien haastattelujen tulokinnasta on kohderyhmälähtöistä. Tulokset on siis kohdennettu tarkasti ortopedian vuodeosastoa palvelevaksi, mutta tulosten ja lopullisen tuotteen käyttö muissa yksiköissä ei ole välttämättä yhtä hyödynnettävissä.

Olemme opinnäytetyössämme haastatteluja kerätessämme käyttäneet koululta saamaamme nauhuria. Tämän käyttämiseen päädyimme ryhmän sisällä siksi, että pidimme nauhuria luotettavampana kuin esimerkiksi kännykän nauhuria, mikä voisi olla alttiina viruksille. Haastattelut nauhoitettiin käyttämättä haastateltavien nimiä ja ammattinimikkeitä ei mainittu anonymiteetin suojaamiseksi. Nauhurilta äänitiedostot siirrettiin ammattikorkeakoulun tarjoamalle palvelimelle litterointia varten ja nauhuri palautettiin äänitiedostoista tyhjennettynä takaisin koulun haltuun. Tällöin välttyttiin, että nauhoitetut keskustelut eivät joutuisi väriin käsiin. Tämä oli osana anonymiteetin suojauksessa henkilökuntaa kohtaan. Haastattelujen purussa ja litteroinnissa olemme muuttaneet sanamuodot kuten murre-sanat,

joiden kautta tiettyjä henkilöitä voitaisiin mahdollisesti tunnistaa. Olemme kuitenkin olleet huolellisia, jotta säilytämme sisällön sellaisena kuin se on sanojen muokkauksesta huolimatta.

Jätimme haastattelun sisällöstä myös pois kohdat, joissa hoitohenkilökunnan jäsen on kertonut esimerkiksi työskennelleensä tietyn määrän vuosia osastolla tai kirurgian erikoisalalla. Päädyimme tähän siksi, että osaston sisällä hoitohenkilökuntaan kuuluvaa jäsentä ei voida yksilöidä oman työhistoriansa takia. Tämä siksi, että hyvän tutkimuskäytännön mukaan haastateltavien henkilöllisyyden paljastuminen on tehtävä mahdollisimman vaikeaksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Lähteitä hakiessamme olemme olleet kriittisiä niiden käytössä. Ryhmän sisällä olemme tarkastelleet yhdessä lähteitä ja käyneet aktiivista keskustelua niiden luotettavuudesta ja sovellettavuudesta opinnäytetyöhömmme. Olemme päätyneetkin osassa lähteissämme käyttämään myös yli 10 vuotta vanhoja kirjallisuus lähteitä, sillä emme ole tuottamassa uutta tietoa haastattelukäytännöistä, vaan käytämme tätä tietoa haastattelujen luomiseen ja niiden purkamiseen.

Tutkimuslupapohja saatiin käyttämällä sairaanhoitopiirin verkkosivuja. Ohjeita hyvän hakemuksen liitteiden tekoon saatiin oman oppilaitoksen opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta, sekä yliopistosairaalan kliinisen työn opettajalta. Hakemus tehtiin tarkoin harkiten, jotta tutkimuslupa myönnettiin aikataulussa ja kyetään jatkamaan haastattelun valmistelua. Tutkimuslupaa haettiin erään sairaanhoitopiirin yliopistosairaalan ortopedian vuodeosastolle. Ennen tutkimusluvan lähettämistä oltiin useasti yhteydessä opinnäytetyötä ohjaavaan opettajaan ja pyydettiin hänen hyväksyntäänsä ennen suunnitelman lähettämistä. Ohjaavan opettajan puolto saatiin 21.04.2017. Tutkimuslupaprosessi eteni 21.04.2017, jolloin vietiin allekirjoitetut lomakkeet sitoumuksineen sekä liitteet vastuuhenkilölle eli kliinisen työn opettajalle. Liitteeksi laitettiin myös suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta, tutkimussuunnitelma tiivistelmänä, haastattelulomakkeen saatekirje sekä vaitiolositoumukset/salassapito- ja käyttäjäsitoumukset ohjeistuksen mukaan. Yliopistosairaalan vastuuhenkilö allekirjoitti lupahakemuksen 28.04.2017, tutkimusluvan puoltaja allekirjoitti hakemuksen 10.05.2017 ja tutkimusluvan valmistelija allekirjoitti hakemuksemme 05.06.2017. Tutkimusluvan myöntäjä allekirjoitti hyväksynnän opinnäytetyölle 09.06.2017. Tämän jälkeen saatiin vahvistus sähköpostilla 09.06.2017, jossa tutkimuslupahakemuksemme hyväksyttiin hakemuksen mukaisesti. Tutkimuslupa myönnettiin ajalle 01.09.2017-31.12.2017.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tulosta on haastavaa verrata aiemmin mainittuun hyvään kirjalliseen ohjeeseen, sillä tässä opinnäytetyössä luotiin vain pohja kirjalliselle ohjeelle. Kuitenkin lopputuotoksena syntynyt kirjallisen ohjeen malli on täysin muokattavissa käyttäjän vaatimuksia vastaavaksi. Tutkimuksen tuloksena syntynyt taskukokoinen malli rajoittaa fonttikoon hieman pienemmäksi kuin 12, tilan puutteen vuoksi. Kuvia ja kaavioita ei samasta syystä voi pohjalle laittaa. Kuitenkin kuten aiemmin mainittu, pohja on täysin käyttäjän muokattavissa. Näin ollen varsinaisten pohjalle luotavien ohjeiden selkeys ja yksiselitteisyys on ohjeen tekijän vastuulla.

Haastatteluiden perusteella enemmistö (n=4) haastateltavista ei koe erillistä haavahoidon tarkistuslistaa tarpeelliseksi päivittäisessä työssään. Kuitenkin aihe herätti pohdintaa siitä, että olisiko tarkistuslistan käytöstä hyötyä esimerkiksi uudelle hoitajalle tämän aloittaessa työskentelyn osastolla. Vastauksista nousi esille näkökulma, että osaston potilaiden haavat ovat useimmiten puhtaita haavoja, joita hoidetaan kaikkia pääasiassa samalla metodilla. Tarkistuslistan koettiin tuottavan lisäksi enemmän rasitetta kirjaamisen kannalta. Tämän takia haastatteluista olikin pääteltävissä, että lopullisessa tuotteessa ei kaivata olevan vapaita tekstiruutuja, joihin kirjoitettaisiin työvaiheista asioita. Kaikki haastateltavat (n=5) ovat yksimielisiä siitä, että potilaiden hoito jatkuu osastolla leikkauksen jälkeen keskimäärin 2-3 päivää. Osastohoito saattaa kuitenkin haastateltavien kertomana jatkua pidemmän ajan, mikäli potilaan haava infektoituu tai potilaan fyysinen kunto ei ole riittävää kotona pärjäämiseen. Tästä syystä osastolla tapahtuva hoito on yleisesti tiivistä lyhyen ajan puitteissa ja tämä tukee ohjeen tarvetta olla lyhyt ja tiivis. Haastatteluissa toteutettua hoitoa kuvattiin ”yksinkertaiseksi,” joten lyhyen ajan hoitoa varten ei välttämättä ole tarpeellista luoda ohjetta, joka olisi suunnattoman pitkä. Kuvien ja kaavioiden käyttö haavanhoidon-oppaassa ei saanut suurta kannatusta, vaan enemmistö (n=4) oli sitä mieltä, että niille ei ole tarvetta.

Haastatteluista nousi esille, että osastolle kaivataan ohjetta, jossa on mahdollisimman uutta tutkittua tietoa. Työryhmä haluaa siis kehittää omaa osaamistaan ja toimia hyvien periaatteiden mukaan. Haastateltavilta kysyttiin osaston hoitajien perehdytyksestä, sekä nykyisen haavanhoito-ohjeen käyttämisestä osana perehdytystä. Vastauksista selviää, että perehdytys osastolla on vaihtelevaa ja osa haastateltavista kokeekin perehdytyksen jääneen vähäiseksi. Näin ollen enemmistö (n=3) kertoo, että nykyistä haavanhoito-ohjetta ei käytetä apuna perehdytyksessä. Kuitenkin haastattelusta selviää, että osastolla on käytössä perehdytyskansio, sekä internetistä löytyvää perehdytysmateriaalia. Esille tuli myös se, että haavoja hoidetaan osastolla tiiviissä yhteistyössä muiden työryhmän jäsenien kanssa. Uuden hoitajan ja kokeneenkin hoitajan auttaminen on osastolla perehdytyksen ulkopuolella

normaalia. Tuotettu opas on täten vain osa perehdytystä. Uuden ohjeen käyttö tapahtuisi myös selvästi hoitajien omien mieltymysten mukaan. Haastatteluista nousi esille, että vaikka enemmistö kaipaa uutta ohjetta niin osa ei ole kokenut ohjeelle tarvetta. Ohje osana perehdytystä tapahtuisi varmasti myös uuden hoitajan ja perehdyttäjän kokemusten mukaan harkinnanvaraisesti aikaisempi ammattitaito huomioon ottaen. Haastattelun perusteella enemmistö (n=4) haastateltavista kokee tarvetta uudelle oppaalle. He kokivat uuden oppaan käytön osaston perehdytyksessä positiivisena asiana. Tässä vaiheessa haastattelua nousi esille uuden oppaan malli. Yksi haastateltavista pohti, että uuden oppaan tulisi olla pienikokoinen sekä helposti mukana kuljetettava osastolla. Enemmistö haastateltavista (n=4) käyttäisi uutta opasta päivittäisessä työssään, mikäli ohjeistus on selkeää ja uusinta tutkittua tietoa. Uusi opas voisi haastateltavien mielestä toimia myös muistilistana ja tukea näin päivittäistä haavanhoitoa. Haastateltavien vastauksista selvisi myös, että osastolle halutaan selkeä ja yhdenmukainen ohjeistus haavanhoitoon. Haastateltavista enemmistö (n=3) kokee, että taskukokoinen haavanhoito-ohje voisi olla toimiva ratkaisu heidän osastollaan. Erityisesti taskukokoisesta, helposti mukana kulkevasta oppaasta ajateltiin olevan hyötyä vastavalmistuneille ja opiskelijoille. Haastateltavat kertovat, että heillä on jo käytössä muutamia itse kerättyjä taskukokoisia ohjeistuksia, mutta toiveissa olisi saada kerättyä uudet tutkitut tiedot yhteen oppaaseen. Näin kaikilla olisi samat yhdenmukaiset ohjeet ja toimintatavat. Haasteena itsekerätyissä ohjeissa onkin varmaan se, että kirjallinen ohjeistus, mitä nykyisin hoitajat käyttävät, voivat olla eri kirjallisuuslähteistä kerättyjä.

Taulukko: Teemahaastattelun vastaukset laskettavassa muodossa

	Tarvitaanko haavan seurantaan erillistä tarkistuslistaa?	Käytetäänkö nykyistä ohjetta perehdytyksessä?	Käytettäisiinkö uutta ohjetta perehdytyksessä?	Haluatteko haavanhoito-ohjeeseen kuvia tai kaavioita?	Haluavatko työntekijät taskukokoisen oppaan?
Kyllä	1	2	4	1	3
Ei	4	3	-	4	2
Ei osaa sanoa	-	-	1	-	-
Yhteensä	5	5	5	5	5

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa haastattelun pohjalta haavanhoito-ohjeen malli yliopistosairaalan ortopedian vuodeosastolle. Haastatteleamalla osaston henkilökuntaa, saatiin tietoa siitä, millaista haavanhoidon ohjeen pohjaa he osastolla tarvitsevat. Tällöin myös onnistuttiin teettämään tuotoksena haavanhoito-ohjeen pohja, jonka sisältö on helposti muokattavissa ja päivitettävissä.

Haastatteluista voidaan todeta, että uudelle haavanhoito-oppaalle olisi osastolla tarvetta. Oppaaseen halutaan uusinta tutkittua tietoa, helposti ymmärrettävässä ja mukana kulkevassa muodossa. Opasta voitaisiin käyttää osana uuden työntekijän perehdytystä, sekä muistilistana osaston päivittäisen työn toteutuksessa. Haastatteluissa tuli ilmi, että osastolla on useita erilaisia toimintatapoja, joita uusi opas voisi yhdenmukaistaa ja selkeyttää. Oppaasta halutaan pienikokoinen taskussa kulkeva malli, joista erityisesti vastavalmistuneet ja opiskelijat voisivat hyötyä.

Jatkotutkimusehdotuksena on, että uutta pohjaa voi myös hyödyntää muiden ohjeiden muuttamisessa taskukokoiseen muotoon. Pohja voi toimia esimerkiksi fysioterapia ohjeena, jos sen sisälle luodaan potilaskohtainen sisältö. Ohjeen pohjan muokattavuuden takia tämän pitäisi olla mahdollista.

8.3 Oma pohdinta ja ammatillinen kasvu

Kykenimme toimimaan ammatillisesti ja itsenäisesti läpi opinnäytetyöprosessin. Työn alkuvaiheessa teorian tiedon haku oli haastavaa, sillä opinnäytetyö jaettiin kahdelle eri opiskelijaryhmälle. Työn selkeyttämisessä koimme haasteita, mutta saimme prosessin käyntiin omalla tarmollamme ja innolla. Yhteistyö työelämän edustajan kanssa sujui mutkattomasti, josta olemme ylpeitä. Kykenimme itsenäisesti organisoimaan haastattelutilanteen meille uuteen ympäristöön, sekä toteuttamaan sen. Työssämme saavutimme myös eettisyyden näkökulman haastateltavien anonymiteetin ja tietosuojan osalta. Olemme kehittyneet kirjoittajina opinnäytetyömme työstämisen kautta. Perehdyimme meille uuteen tutkimusmenetelmään eli teemahaastatteluun ja meillä on tämän menetelmän pääpiirteet selvät, vaikka kehitettävää tämän hallinnassa vielä olisikin.

Alkuperäiseen opinnäytetyösuunnitelmaan kuului opaslehtisen arviointi. Olimme tehneet alustavan arviointilomakkeen, jonka avulla oli tarkoitus tehdä osastolla haavanhoito-ohjeen kirjallinen arviointi. Tarkoituksena oli toteuttaa tämän aineiston keruu hyvien määrällisien tutkimusperiaatteiden mukaan 10-14 päivän sisällä (Vilkkä 2007, 106). Alkuperäisen suunnitelman mukaan lopputuotoksena olisi ollut valmis haavanhoito-opas, mutta opinnäytetyö ohjattiin rajaamaan haavanhoito-ohjeen malliin, sekä teemahaastatteluun. Aikataulun ja opinnäytetyön aiheen rajauksen vuoksi, ei kirjallista arviointia pystytty toteuttamaan.

Lähteet

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, A., Juutilainen, V., 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV. Hyvä tutkimuskäytäntö. Viitattu 16.01.2018. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Teemoittelu. Viitattu 20.11.2017. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

TAYS. 2015. Leikkaushaavan käsittelyn aseptiikka. Viitattu 25.01.2018 klo 16.41. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan_kasittelyn_aseptiikka\(48508](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan_kasittelyn_aseptiikka(48508)

Tehy. 2016. Perehdytys. Viitattu 25.10.2017 klo 11:00
<https://www.tehy.fi/fi/apua/tyosuhteen-alkaminen/perehdytys>

Terveyskirjasto. 2017. Ommellun haavan hoito kotona. Viitattu 25.01.2018 klo 17.29. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01126

Työturvallisuuskeskus. Perehdyttäminen ja työnopastus. Viitattu 25.10.2017 klo 11:00
[https://ttk.fi/etusivu_\(vanha\)/tyosuojelu/perehdyttaminen_ja_tyonopastus](https://ttk.fi/etusivu_(vanha)/tyosuojelu/perehdyttaminen_ja_tyonopastus)

T 23.8.2002/738 Työturvallisuuslaki. Finlex. 23.8.2002/738
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi

Vilkkä, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	25
Liite 2. Kuva pohjasta, Exel-ohjelmassa.	26

Liite 1: Kyselylomake

Kysymykset.

Haavahoitaja/ sairaanhoitaja:

1. Helpottaisiko haavan seuranta ja kirjausta erillinen haavanhoidon tarkistuslista?
2. Kuinka pitkään osastohoito jatkuu leikkauksen jälkeen keskimäärin?
Lonkkaleikkaus_____ Polvileikkaus_____
3. Haluatteko haavanhoito-ohjeeseen kuvia tai kaavioita?
4. Miten haavanhoidon perehdytys tapahtuu osastollanne? (Käytetäänkö esim. Nykyistä haavanhoito-ohjetta?)
5. Miten opasta käytettäisiin osastolla? Olisiko se osa uuden työntekijän perehdytystä?
6. Tarvitsetteko taskukokoista lyhyttä opasta, jota voi kuljettaa työpäivän aikana mukana?

Liite 2. Kuva pohjasta, Exel-ohjelmassa.

